FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240605020170
Paciente:	GENER ALBERTO MIRANDA RAMOS	CC:	1067942992
Edad:	30 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-05 16:04:34	Fecha Atención:	2024-06-05 16:00:19
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIAS, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Auditiva:	Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013070

Gener Miranda R.

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: GENER ALBERTO MIRANDA RAMOS
Identificacion: CC. - 1067942992

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013071

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	2024060102016
Paciente:	GABRIEL ARTURO RUBIO DELGADO	CC:	1067899870
Edad:	33 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-01 07:45:21	Fecha Atención:	2024-06-01 07:37:18
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013072



Gabriel Rubio D

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: GABRIEL ARTURO RUBIO DELGADO
Identificacion: CC. - 1067899870

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013073

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020120
Paciente:	FREDYS MANUEL VEGA ARROYO	CC:	6884161
Edad:	64 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 11:34:18	Fecha Atención:	2024-05-30 08:49:02
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPÍRATORIO, CON LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	PACIENTE CON MOVILIDAD LIMITADA, EN SILLAS DE RUEDAS POR ANTECEDENTE DE POLIOMIELITIS QUE NO IMPIDE REALIZAR LAS FUNCIONES DEL CARGO. 1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO 3. AUTO CUIDADO PERSONAL 4. HIGIENE POSTURAL 5. PAUSAS ACTIVAS 6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

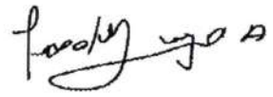
Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle

0013074

los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.





Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: FREDYS MANUEL VEGA ARROYO
Identificacion: CC. - 6884161

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013075

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020140
Paciente:	FIDEL JOSE PEREZ ORTEGA	CC:	10776445
Edad:	41 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-31 09:57:01	Fecha Atención:	2024-05-31 09:55:08
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013076



Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323



Firma del Paciente: FIDEL JOSE PEREZ ORTEGA
Identificacion: CC. - 10776445

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013077

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020119
Paciente:	FIDEL JOSE ESPITIA GONZALEZ	CC:	10784814
Edad:	40 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 09:13:07	Fecha Atención:	2024-05-30 09:09:28
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

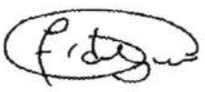
Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013078



Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323



Firma del Paciente: FIDEL JOSE ESPITIA GONZALEZ
Identificacion: CC. - 10784814

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013079

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240604020122
Paciente:	FERNAN ALBERTO PEREZ GOMEZ	CC:	10779152
Edad:	40 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 09:20:33	Fecha Atención:	2024-06-04 09:16:35
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013080

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: FERNAN ALBERTO PEREZ GOMEZ
Identificacion: CC. - 10779152

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013081

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020132
Paciente:	FELIX ALBERTO OVIEDO	CC:	6885806
Edad:	62 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 10:10:02	Fecha Atención:	2024-05-30 10:08:07
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013082

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: FELIX ALBERTO OVIEDO
Identificacion: CC. - 6885806

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013083

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020153
Paciente:	FABIO HERNANDO BRUNO LUNA	CC:	1071350765
Edad:	38 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 11:41:55	Fecha Atención:	2024-05-30 11:17:02
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013084

Fabio Bruno

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: FABIO HERNANDO BRUNO LUNA
Identificacion: CC. - 1071350765

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013085

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240601020120
Paciente:	FABIAN FABIO FIGUEROA FABRA	CC:	78708611
Edad:	52 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-01 09:09:00	Fecha Atención:	2024-06-01 09:04:28
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular: Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013086

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ

Registro M.D: 110070

Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: FABIAN FABIO FIGUEROA FABRA

Identificacion: CC. - 78708611

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013087

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020125
Paciente:	EUGENIO DE JESUS MARTINEZ LOPEZ	CC:	78700234
Edad:	55 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 09:46:57	Fecha Atención:	2024-05-30 09:43:01
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPÍRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES 1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO 3. AUTO CUIDADO PERSONAL 4. HIGIENE POSTURAL 5. PAUSAS ACTIVAS 6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de

0013088

consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: EUGENIO DE JESUS MARTINEZ LOPEZ

Identificacion: CC. - 78700234

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013089

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240601020128
Paciente:	ESTEBAN JAVIER PEREZ AYALA	CC:	78708290
Edad:	52 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-01 09:54:51	Fecha Atención:	2024-06-01 09:50:46
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [ ] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: 1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO 3. AUTO CUIDADO PERSONAL 4. HIGIENE POSTURAL 5. PAUSAS ACTIVAS 6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS 7. ADHERENCIA AL SISTEMA DE GESTIÓN SST 8. RECOMENDACIONES NUTRICIONALES QUE EN EL MOMENTO NO LIMITAN SU CAPACIDAD PARA DESEMPEÑAR EL CARGO, REALIZAR CONTROL NUTRICIONAL Y METABOLICO EN EPS 9. VALORACION POR OPTOMETRIA DE SU EPS

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las

0013090

personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.





Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0
Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: ESTEBAN JAVIER PEREZ AYALA
Identificacion: CC. - 78708290

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013091

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020150
Paciente:	ENRIQUE FLOREZ ARROYO	CC:	6889998
Edad:	62 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 11:37:51	Fecha Atención:	2024-05-30 11:08:13
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS | **LABORATORIO CLINICO** | **COMPLEMENTARIOS** | **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013092

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0
Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: ENRIQUE FLOREZ ARROYO
Identificacion: CC. - 6889998

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013093

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020166
Paciente:	DIONISIO MIGUEL MARTINEZ PETRO	CC:	78750962
Edad:	48 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	GUARDIAN DE ESPACIO PUBLICO		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-31 11:49:43	Fecha Atención:	2024-05-31 11:48:22
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

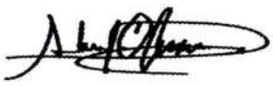
Limitaciones o Restricciones

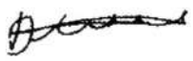
Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013094





Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: DIONISIO MIGUEL MARTINEZ PETRO

Identificacion: CC. - 78750962

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013095

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240611020137
Paciente:	DIEGO ARMANDO MATEUS MORELO	CC:	1067855624
Edad:	36 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-11 11:16:21	Fecha Atención:	2024-06-11 11:15:03
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPÍRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013096



Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Diego Mateus

Firma del Paciente: DIEGO ARMANDO MATEUS MORELO
Identificacion: CC. - 1067855624

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013097

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020154
Paciente:	DIEGO MANUEL MARTINEZ BARRANGAN	CC:	10773570
Edad:	42 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 11:38:50	Fecha Atención:	2024-05-30 11:20:59
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD,
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Continuar Manejo Medico
- [x] Pausas Activas
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Higiene Postural
- [ ] Remitir a EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013098





Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: DIEGO MANUEL MARTINEZ BARRANGAN
Identificacion: CC. - 10773570

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013099

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	2024060102018
Paciente:	DARIS LUZ AVILEZ BRUCE	CC:	26203240
Edad:	42 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-01 08:02:39	Fecha Atención:	2024-06-01 07:58:13
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Continuar Manejo Medico
- [x] Pausas Activas
- [x] Uso de E.P.I.
- [x] Higiene Postural
- [ ] Remitir a EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones

0013100

suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Sandra Teran

Daris Avilez

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ
Registro M.D: 110070
Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: DARIS LUZ AVILEZ BRUCE
Identificacion: CC. - 26203240

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013101

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240601020123
Paciente:	DANER CHARRASQUIEL OROZCO	CC:	1067877625
Edad:	35 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-01 09:21:09	Fecha Atención:	2024-06-01 09:09:50
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTUR

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Continuar Manejo Medico
- [x] Pausas Activas
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Higiene Postural
- [ ] Remitir a EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

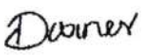
Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013192





Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523

Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: DANER CHARRASQUIEL OROZCO

Identificacion: CC. - 1067877625

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013103

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020147
Paciente:	CESAR MANUEL TAPIA PEREZ	CC:	78697230
Edad:	56 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 11:39:46	Fecha Atención:	2024-05-30 11:03:29
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013104



Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

CESAR Tapia

Firma del Paciente: CESAR MANUEL TAPIA PEREZ
Identificacion: CC. - 78697230

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013105

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020136
Paciente:	CESAR AUGUSTO BURGOS ANAYA	CC:	6883621
Edad:	65 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 11:55:40	Fecha Atención:	2024-05-31 09:36:14
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPÍRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013106

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: CESAR AUGUSTO BURGOS ANAYA
Identificacion: CC. - 6883621

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013107

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240604020151
Paciente:	CARLOS JAVIER DIAZ CANTILLO	CC:	1067893911
Edad:	33 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 14:01:18	Fecha Atención:	2024-06-04 11:29:18
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPÍRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

00013108



CARLOS DIAZ C.

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: CARLOS JAVIER DIAZ CANTILLO
Identificacion: CC. - 1067893911

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013109

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20241128020110
Paciente:	CARLOS ARTURO BARRIOS AGUIRRE	CC:	1067839484
Edad:	39 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-11-28 08:50:08	Fecha Atención:	2024-11-28 08:44:57
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013110



Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005

Licencia S.O: 00323



Firma del Paciente: CARLOS ARTURO BARRIOS AGUIRRE

Identificacion: CC. - 1067839484

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013111

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	2024053002012
Paciente:	BRAYAN STIVEN LOPEZ RAMOS	CC:	10967270
Edad:	38 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 10:32:24	Fecha Atención:	2024-05-30 07:18:38
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD SE RCOMIENDA VALORACION POR NUTRICIÓN DE SU EPS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: 1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO 3. AUTO CUIDADO PERSONAL 4. HIGIENE POSTURAL 5. PAUSAS ACTIVAS 6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013112



Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0
Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: BRAYAN STIVEN LOPEZ RAMOS
Identificacion: CC. - 10967270

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013113

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020118
Paciente:	BENJAMIN ANTONIO ARRIETA CHAVES	CC:	1067855320
Edad:	38 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 11:33:41	Fecha Atención:	2024-05-30 08:53:10
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO: CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO

OBSERVACIONES AL CONCEPTO: ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS.

DISMINUIR AQUELLOS MOVIMIENTOS QUE REQUIERAN TRABAJAR CON LA PALMA DE LA MANO HACIA ABAJO

ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

RECOMENDACIONES AL ENFASIS: * REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS
* SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN
HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [ ] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Pausas Activas
- [ ] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: 1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO 3. AUTO CUIDADO PERSONAL 4. HIGIENE POSTURAL 5. PAUSAS ACTIVAS 6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS 7. VALORACION POR EL PROGRAMA DE OBESIDAD DE SU EPS

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle

0013114

los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.





Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523

Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: BENJAMIN ANTONIO ARRIETA CHAVES

Identificacion: CC. - 1067855320

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013115

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	2024060102017
Paciente:	BALDOMERO DE LA CRUZ BELEÑO RAMOS	CC:	78704657
Edad:	54 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERÍA
Fecha Salida:	2024-06-01 09:24:10	Fecha Atención:	2024-06-01 07:47:07
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Continuar Manejo Medico
- [x] Pausas Activas
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Higiene Postural
- [ ] Remitir a EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

.0013116

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: BALDOMERO DE LA CRUZ BELEÑO RAMOS
Identificacion: CC. - 78704657

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013117

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	2024053002015
Paciente:	APOLINAR CANCHILA SALCEDO	CC:	6887741
Edad:	62 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 07:38:49	Fecha Atención:	2024-05-30 07:34:46
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013118

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: APOLINAR CANCHILA SALCEDO
Identificacion: CC. - 6887741

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

00133119

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020142
Paciente:	ANTONIO RAFAEL YANEZ ARROYO	CC:	78034627
Edad:	42 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 11:37:17	Fecha Atención:	2024-05-30 10:46:30
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD,
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013120



Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Antonio Yanez

Firma del Paciente: ANTONIO RAFAEL YANEZ ARROYO
Identificacion: CC. - 78034627

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013121

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020130
Paciente:	ANIBAL ANDRES AYAZO ROMERO	CC:	1067943570
Edad:	28 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-31 09:22:25	Fecha Atención:	2024-05-31 09:20:25
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

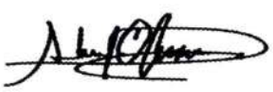
Limitaciones o Restricciones

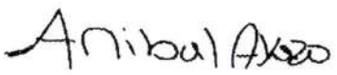
Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013122





Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005

Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: ANIBAL ANDRES AYAZO ROMERO

Identificacion: CC. - 1067943570

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013123

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020151
Paciente:	ALONSO RAFAEL ALMANZA ARRIETA	CC:	79406838
Edad:	57 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 13:50:13	Fecha Atención:	2024-05-31 10:57:15
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIAS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013124

Sandra Teran

Alonso Almanza

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ

Registro M.D: 110070

Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: ALONSO RAFAEL ALMANZA ARRIETA

Identificacion: CC. - 79406838

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013125

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020151
Paciente:	ALFREDO AUGUSTO NOVOA TORRENTE	CC:	78702238
Edad:	54 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 11:40:08	Fecha Atención:	2024-05-30 11:14:27
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013126

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: ALFREDO AUGUSTO NOVOA TORRENTE
Identificacion: CC. - 78702238

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013127

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020155
Paciente:	ALEXANDER PASTRANA SOTO	CC:	1039079418
Edad:	38 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 11:42:21	Fecha Atención:	2024-05-30 11:25:46
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013128





Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0
Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: ALEXANDER PASTRANA SOTO
Identificacion: CC. - 1039079418

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013129

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020131
Paciente:	ALEXANDER HENRY GAVALO ESTRELLA	CC:	78701067
Edad:	54 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 10:07:27	Fecha Atención:	2024-05-30 09:59:38
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÌA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Continuar Manejo Medico
- [x] Pausas Activas
- [x] Uso de E.P.I.
- [x] Higiene Postural
- [ ] Remitir a EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

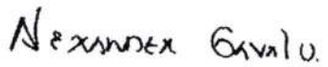
Observación: 1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO 3. AUTO CUIDADO PERSONAL 4. HIGIENE POSTURAL 5. PAUSAS ACTIVAS 6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones

0013130

suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.





Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523

Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: ALEXANDER HENRY GAVALO ESTRELLA

Identificacion: CC. - 78701067

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013131

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL
con enfasis en
PSICOSENSOMETRICO,OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020128
Paciente:	OTTO IVAN ARANGO ALGARIN	CC:	1067925195
Edad:	30 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	MENSAJERO		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 11:53:33	Fecha Atención:	2024-05-31 09:16:18
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA VISIOMETRIA PSICOLOGIA		CONSULTA POR PSICOLOGIA - PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIAS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ
Registro M.D: 110070

Otto Arango A.

Firma del Paciente: OTTO IVAN ARANGO ALGARIN
Identificacion: CC. - 1067925195

0013132

Licencia S.O: 202430003182

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013133

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL
con enfasis en
PSICOSENSOMETRICO,OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240605020120
Paciente:	MARIO ALBERTO SAENZ MONTOYA	CC:	11004467
Edad:	45 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	MENSAJERO		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-05 11:04:54	Fecha Atención:	2024-06-05 09:16:20
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA VISIOMETRIA PSICOLOGIA		CONSULTA POR PSICOLOGIA - PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013134

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ
Registro M.D: 110070
Licencia S.O: 202430003182

Mario Saenz

Firma del Paciente: MARIO ALBERTO SAENZ MONTOYA
Identificacion: CC. - 11004467

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013135

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL
con enfasis en
PSICOSENSOMETRICO,OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240604020133
Paciente:	JHON JAIRO DIAZ ALEAN	CC:	1067849973
Edad:	43 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	MENSAJERO		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 15:23:32	Fecha Atención:	2024-06-04 10:13:01
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA VISIOMETRIA PSICOLOGIA		CONSULTA POR PSICOLOGIA - PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIAS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [ ] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Pausas Activas
- [ ] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005

Firma del Paciente: JHON JAIRO DIAZ ALEAN
Identificacion: CC. - 1067849973

0013136

Licencia S.O: 00323

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013137

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL
con enfasis en
PSICOSENSOMETRICO,OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020119
Paciente:	JHON JAIRO BOLIVAR RODRIGUEZ	CC:	10776431
Edad:	43 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	MENSAJERO		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 11:48:38	Fecha Atención:	2024-05-31 08:45:26
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA VISIOMETRIA PSICOLOGIA		CONSULTA POR PSICOLOGIA - PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIAS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ
Registro M.D: 110070

John Bolivar

Firma del Paciente: JHON JAIRO BOLIVAR RODRIGUEZ
Identificacion: CC. - 10776431

0013138

Licencia S.O: 202430003182

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013139

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240604020161
Paciente:	JENIFER MARTINEZ CAVADIA	CC:	1067863743
Edad:	35 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	SERVICIOS GENERALES		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 15:50:18	Fecha Atención:	2024-06-04 14:56:58
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO NUTRICIONISTA POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Auditiva:	Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013140

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: JENIFER MARTINEZ CAVADIA
Identificacion: CC. - 1067863743

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013141

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL
con enfasis en
PSICOSENSOMETRICO,OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240606020140
Paciente:	FREILES ENRIQUE GOMEZ DIAZ	CC:	10773168
Edad:	44 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	MENSAJERO		
Orígen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-06 11:34:06	Fecha Atención:	2024-06-06 10:56:55
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS
AUDIOMETRIA
VISIOMETRIA
PSICOLOGIA

LABORATORIO CLINICO

COMPLEMENTARIOS
CONSULTA POR PSICOLOGIA - PRUEBA PSICOSENSOMETRICA

VACUNAS

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013142

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ
Registro M.D: 110070
Licencia S.O: 202430003182

Freiles Gomez

Firma del Paciente: FREILES ENRIQUE GOMEZ DIAZ
Identificacion: CC. - 10773168

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013143

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20241211020113
Paciente:	EDUARD JOSE CONTRERAS JIMENEZ	CC:	1067864351
Edad:	38 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	MENSAJERO		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-12-11 09:12:52	Fecha Atención:	2024-12-11 09:07:57
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013144

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: EDUARD JOSE CONTRERAS JIMENEZ
Identificacion: CC. - 1067864351

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013145

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL
con enfasis en PSICOSENSOMETRICO,OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240611020140
Paciente:	EDGAR PEDRO HERRERA CONTRERAS	CC:	1067930047
Edad:	29 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	MENSAJERO		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-11 14:11:50	Fecha Atención:	2024-06-11 11:37:20
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS
AUDIOMETRIA
VISIOMETRIA
PSICOLOGIA

LABORATORIO CLINICO

COMPLEMENTARIOS
CONSULTA POR PSICOLOGIA - PRUEBA PSICOSENSOMETRICA

VACUNAS

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular: Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Edgar Herrera

Firma del Paciente: EDGAR PEDRO HERRERA CONTRERAS
Identificacion: CC. - 1067930047

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013146

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL
con enfasis en
PSICOSENSOMETRICO,OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020127
Paciente:	DEIBYS DANIEL VARGAS GUZMAN	CC:	1073998423
Edad:	30 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	MENSAJERO		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-05 11:45:56	Fecha Atención:	2024-05-30 09:49:10
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA VISIOMETRIA PSICOLOGIA		CONSULTA POR PSICOLOGIA - PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS. QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO. SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES 1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO 3. AUTO CUIDADO PERSONAL 4. HIGIENE POSTURAL 5. PAUSAS ACTIVAS 6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: 1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO 3. AUTO CUIDADO PERSONAL 4. HIGIENE POSTURAL 5. PAUSAS ACTIVAS 6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me Informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013147

Deibys vargas

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: DEIBYS DANIEL VARGAS GUZMAN
Identificacion: CC. - 1073998423

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

00013148

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240611020114
Paciente:	ARMANDO GUERRA SIERRA	CC:	1067852729
Edad:	36 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	MENSAJERO		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-11 16:50:20	Fecha Atención:	2024-06-11 09:01:43
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA VISIOMETRIA PSICOLOGIA		CONSULTA POR PSICOLOGIA - PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013149

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: ARMANDO GUERRA SIERRA
Identificacion: CC. - 1067852729

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013150

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240606020112
Paciente:	ARLET JUDITH VERTEL VILLALBA	CC:	1067879092
Edad:	35 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	MENSAJERIA INTERNA		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-06 08:16:39	Fecha Atención:	2024-06-06 08:10:50
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones

0013151

suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Sandra Teran

Arlet Vertel

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ

Registro M.D: 110070

Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: ARLET JUDITH VERTEL VILLALBA

Identificacion: CC. - 1067879092

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013152

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	2024061102014
Paciente:	ANA MARCELA RAMOS DIAZ	CC:	1067904301
Edad:	32 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	GESTION DOCUMENTAL		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-11 07:44:13	Fecha Atención:	2024-06-11 07:39:47
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013153

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: ANA MARCELA RAMOS DIAZ
Identificacion: CC. - 1067904301

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013154

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240606020125
Paciente:	OVER SAID VEGA RAMOS	CC:	1067883373
Edad:	34 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	OPERARIO DE ESCENARIOS DEPORTIVOS		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-06 09:08:41	Fecha Atención:	2024-06-06 09:05:04
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013155

Sandra Teran

OVER VEGA

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ
Registro M.D: 110070
Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: OVER SAID VEGA RAMOS
Identificacion: CC. - 1067883373

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013156

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240611020136
Paciente:	MAYRA ALEJANDRA RODRIGUEZ SOTOMAYOR	CC:	1067938948
Edad:	29 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	ARCHIVO		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-11 10:59:56	Fecha Atención:	2024-06-11 10:58:44
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013157



MAYRA R.S.

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005

Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: MAYRA ALEJANDRA RODRIGUEZ SOTOMAYOR

Identificacion: CC. - 1067938948

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013158

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020167
Paciente:	MARIA EUGENIA DURANGO NISPERUZA	CC:	1067860097
Edad:	41 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	SERVICIOS GENERALES		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 15:45:44	Fecha Atención:	2024-05-30 15:43:38
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	MANTENER BUENOS HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	SIN ALTERACION

Recomendaciones Generales

- ☐ Examen Periodico Ocupacional
- ☐ Pausas Activas
- ☐ Higiene Postural
- ☐ Realizacion Pruebas Complementarias
- ☐ Uso de E.P.I.
- ☐ Remitir a EPS
- ☐ Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Maia Durango N.

0013159

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: MARIA EUGENIA DURANGO NISPERUZA
Identificacion: CC. - 1067860097

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013160

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL
con enfasis en
PSICOSENSOMETRICO,OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240605020136
Paciente:	JHON JAIRO PEREZ ROMERO	CC:	10766106
Edad:	44 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONDUCTOR		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-05 11:04:24	Fecha Atención:	2024-06-05 10:21:26
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA VISIOMETRIA PSICOLOGIA		CONSULTA POR PSICOLOGIA - PRUEBA PSICOSENSOMETRICA	

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPÍRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Jhon Perez

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Firma del Paciente: JHON JAIRO PEREZ ROMERO

0013161

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Identificacion: CC. - 10766106

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013162

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020115
Paciente:	CLAUDIA PATRICIA LADEUT ARIZ	CC:	1067861304
Edad:	40 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	GUARDIAN DE LA PROPIEDAD		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 11:47:53	Fecha Atención:	2024-05-31 08:35:23
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIAS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de

0013163

consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ

Registro M.D: 110070

Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: CLAUDIA PATRICIA LADEUT ARIZ

Identificacion: CC. - 1067861304

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013164

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020177
Paciente:	KELLY PAOLA JIMENEZ CABRERA	CC:	1001591694
Edad:	29 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	ASEADORA		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-31 14:51:59	Fecha Atención:	2024-05-31 14:23:57
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: 1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO 3. AUTO CUIDADO PERSONAL 4. HIGIENE POSTURAL 5. PAUSAS ACTIVAS 6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS 7. ADHERENCIA AL SISTEMA DE GESTIÓN SST

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013165



Kelly Jiménez C.

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523

Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: KELLY PAOLA JIMENEZ CABRERA

Identificacion: CC. - 1001591694

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013166

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020172
Paciente:	YUDDIS ESTHER VILLAMIL LOPEZ	CC:	50918632
Edad:	46 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	ARCHIVO		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-31 14:53:21	Fecha Atención:	2024-05-31 14:11:10
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS VISIOMETRIA

LABORATORIO CLINICO

COMPLEMENTARIOS

VACUNAS

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [ ] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: 1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO 3. AUTO CUIDADO PERSONAL 4. HIGIENE POSTURAL 5. PAUSAS ACTIVAS 6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS 7. ADHERENCIA AL SISTEMA DE GESTIÓN SST

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones

0013167

suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0
Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: YUDDIS ESTHER VILLAMIL LOPEZ
Identificacion: CC. - 50918632

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013168

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20241030020110
Paciente:	YOENDRY JESUS FUENTEMAYOR RAMOS	CC:	1067971845
Edad:	18 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	GUARDIAN DE ESPACIO PUBLICOS		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-10-30 08:42:48	Fecha Atención:	2024-10-30 08:41:04
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPÍRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

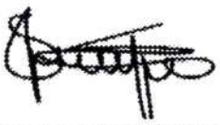
Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013169



Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323



Firma del Paciente: YOENDRY JESUS FUENTEMAYOR RAMOS
Identificacion: CC. - 1067971845

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013170

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	2024102302016
Paciente:	YAMID FRANK VILORIA AMARIS	CC:	78752105
Edad:	47 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONSERJE		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-10-23 08:27:12	Fecha Atención:	2024-10-23 08:23:20
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [ ] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Pausas Activas
- [ ] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013171

Yamid Vilo

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: YAMID FRANK VILORIA AMARIS
Identificacion: CC. - 78752105

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013172

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020159
Paciente:	SIMON STIVEN ROMERO PERALTA	CC:	1067860166
Edad:	36 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	GUARDIAN DE ESPACIO PUBLICO		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 13:52:56	Fecha Atención:	2024-05-31 11:28:49
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIAS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones

0013173

suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Sandra Teran

Stiven

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ

Registro M.D: 110070

Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: SIMON STIVEN ROMERO PERALTA

Identificacion: CC. - 1067860166

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013174

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020161
Paciente:	SAIR ANTONIO AVILA BUELVAS	CC:	1067855884
Edad:	37 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	GUARDIAN DE ESPACIO PUBLICO		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-31 11:34:54	Fecha Atención:	2024-05-31 11:33:23
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

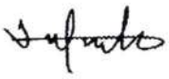
Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013175





Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: SAIR ANTONIO AVILA BUELVAS
Identificacion: CC. - 1067855884

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013176

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020156
Paciente:	RENE ALEXANDER BORJA VELASQUEZ	CC:	1067874645
Edad:	35 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	GUARDIAN DE ESPACIO PUBLICO		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 13:52:11	Fecha Atención:	2024-05-31 11:20:46
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIAS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013177

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ
Registro M.D: 110070
Licencia S.O: 202430003182

RENE Borja

Firma del Paciente: RENE ALEXANDER BORJA VELASQUEZ
Identificacion: CC. - 1067874645

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013178

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240601020134
Paciente:	OSCAR MANUEL TORRENTE NARVAEZ	CC:	6890172
Edad:	63 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	GUARDIAN DE MOVILIDAD		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-07 16:17:19	Fecha Atención:	2024-06-01 10:46:38
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☐ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: 1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO 3. AUTO CUIDADO PERSONAL 4. HIGIENE POSTURAL 5. PAUSAS ACTIVAS 6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS 7. ADHERENCIA AL SISTEMA DE GESTIÓN SST 8. VALORACION POR OPTOMETRIA DE LA EPS

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013179



OSCAR TORRENTE

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: OSCAR MANUEL TORRENTE NARVAEZ
Identificacion: CC. - 6890172

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013180

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020165
Paciente:	NAUDEL SOFIA ARCIA COLON	CC:	1003403684
Edad:	38 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	GUARDIAN DE ESPACIO PUBLICO		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-31 11:45:24	Fecha Atención:	2024-05-31 11:43:03
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular: Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005

Naudel Arcia C.

Firma del Paciente: NAUDEL SOFIA ARCIA COLON
Identificacion: CC. - 1003403684

0013181

Licencia S.O: 00323

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013182

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020164
Paciente:	MONICA IRINA MANJARREZ CUITIVA	CC:	1067871863
Edad:	41 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	GUARDIAN DE ESPACIO PUBLICO		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 13:53:57	Fecha Atención:	2024-05-31 11:43:19
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIAS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013183

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ

Registro M.D: 110070

Licencia S.O: 202430003182

Monica Manjarres C

Firma del Paciente: MONICA IRINA MANJARREZ CUITIVA

Identificacion: CC. - 1067871863

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013184

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020199
Paciente:	MARA ISABEL PADRON GOMEZ	CC:	50911680
Edad:	50 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	DIGITADORA		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-31 16:46:20	Fecha Atención:	2024-05-31 15:53:46
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☐ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013185

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0
Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: MARA ISABEL PADRON GOMEZ
Identificacion: CC. - 50911680

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013186

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020170
Paciente:	LUIS MARIO FUENTES BELLO	CC:	1067948248
Edad:	28 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	GUARDIAN DE ESPACIO PUBLICO		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-31 16:50:08	Fecha Atención:	2024-05-31 14:05:42
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD,
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: 1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO 3. AUTO CUIDADO PERSONAL 4. HIGIENE POSTURAL 5. PAUSAS ACTIVAS 6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS 7. ADHERENCIA AL SISTEMA DE GESTIÓN SST

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013187





Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0
Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: LUIS MARIO FUENTES BELLO
Identificacion: CC. - 1067948248

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013188

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020177
Paciente:	KELLY PAOLA JIMENEZ CABRERA	CC:	1001591694
Edad:	29 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	ASEADORA		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-31 14:51:59	Fecha Atención:	2024-05-31 14:23:57
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: 1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO 3. AUTO CUIDADO PERSONAL 4. HIGIENE POSTURAL 5. PAUSAS ACTIVAS 6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS 7. ADHERENCIA AL SISTEMA DE GESTIÓN SST

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013189



Kelly Jiménez C.

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523

Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: KELLY PAOLA JIMENEZ CABRERA

Identificacion: CC. - 1001591694

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013190

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240604020142
Paciente:	KARINA ANDREA VASQUEZ GARCIA	CC:	1112772377
Edad:	33 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	SERVICIOS GENERALES		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 11:19:26	Fecha Atención:	2024-06-04 10:54:20
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013191

Karina Vasquez

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005

Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: KARINA ANDREA VASQUEZ GARCIA

Identificacion: CC. - 1112772377

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013192

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020168
Paciente:	GISSEL EMELINDA ROCHA	CC:	2440819
Edad:	35 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	GUARDIAN DE ESPACIO PUBLICO		
Orígen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 13:56:56	Fecha Atención:	2024-05-31 11:54:36
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIA
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de

0013193

consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ
Registro M.D: 110070
Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: GISSEL EMELINDA ROCHA
Identificacion: CC. - 2440819

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013194

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020169
Paciente:	EUGENIO LUIS FLOREZ ARRIETA	CC:	1003434358
Edad:	23 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	GUARDIAN DE ESPACIO PUBLICO		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-31 11:54:08	Fecha Atención:	2024-05-31 11:52:31
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Firma del Paciente: EUGENIO LUIS FLOREZ ARRIETA

0013195

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Identificacion: CC. - 1003434358

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

00013196

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240611020127
Paciente:	EIMY TATIANA CASTILLO DIAZ	CC:	25785397
Edad:	39 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	RECEPCION		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-11 10:18:56	Fecha Atención:	2024-06-11 10:17:34
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPÍRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013197





Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: EIMY TATIANA CASTILLO DIAZ
Identificacion: CC. - 25785397

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013198

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020157
Paciente:	EBERTO TULIO TEJADA FLOREZ	CC:	8057409
Edad:	40 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	GUARDIAN DE ESPACIO PUBLICO		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-31 11:20:06	Fecha Atención:	2024-05-31 11:18:35
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013199





Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: EBERTO TULIO TEJADA FLOREZ
Identificacion: CC. - 8057409

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013200

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240601020141
Paciente:	CLER MARIA ALVAREZ MORALES	CC:	50908053
Edad:	54 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	SERVICIOS GENERALES		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-01 11:49:31	Fecha Atención:	2024-06-01 11:10:13
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

0013201

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ

Registro M.D: 110070

Licencia S.O: 202430003182

CLER Alvarez

Firma del Paciente: CLER MARIA ALVAREZ MORALES

Identificacion: CC. - 50908053

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013202

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020163
Paciente:	ANTONIO CLARET SAEZ VILLALOBO	CC:	78702532
Edad:	56 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	GUARDIAN DE ESPACIO PUBLICO		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-31 11:39:32	Fecha Atención:	2024-05-31 11:37:56
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPÍRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013203

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: ANTONIO CLARET SAEZ VILLALOBO
Identificacion: CC. - 78702532

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013204

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240530020166
Paciente:	ANA FERNANDA GOMEZ MORA	CC:	1003308716
Edad:	30 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	SERVICIOS GENERALES		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-30 15:42:22	Fecha Atención:	2024-05-30 15:41:11
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	MANTENERE BUENOS HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	SIN ALTERACION

Recomendaciones Generales

- ☐ Examen Periodico Ocupacional
- ☐ Realizacion Pruebas Complementarias
- ☐ Continuar Manejo Medico
- ☐ Pausas Activas
- ☐ Uso de E.P.I.
- ☐ Higiene Postural
- ☐ Remitir a EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Ana Gomez Mora

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0
Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: ANA FERNANDA GOMEZ MORA
Identificacion: CC. - 1003308716

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013205

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020162
Paciente:	ALEXANDER MANUEL URANGO HERNANDEZ	CC:	10769453
Edad:	54 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	GUARDIAN DE ESPACIO PUBLICO		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 13:53:30	Fecha Atención:	2024-05-31 11:35:20
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIAS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones

0013206

suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Sandra Teran

Alex

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ

Registro M.D: 110070

Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: ALEXANDER MANUEL URANGO HERNANDEZ

Identificacion: CC. - 10769453

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013207

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020127
Paciente:	ROIS ESTEBAN BARRIOS ESPITIA	CC:	78752919
Edad:	47 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	GUARDIAN DE MOVILIDAD		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-31 09:10:27	Fecha Atención:	2024-05-31 09:08:37
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPÍRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013208



Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005

Licencia S.O: 00323



Firma del Paciente: ROIS ESTEBAN BARRIOS ESPITIA

Identificacion: CC. - 78752919

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013209

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020133
Paciente:	ORLANDO JESUS SEPULVEDA VILLALBA	CC:	78700003
Edad:	55 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	SUPERVISOR DE MOVILIDAD		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 11:54:04	Fecha Atención:	2024-05-31 09:25:10
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR. NI RESPIRATORIAS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de

0013210

consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ

Registro M.D: 110070

Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: ORLANDO JESUS SEPULVEDA VILLALBA

Identificacion: CC. - 78700003

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013211

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	2024060102012
Paciente:	OLFA CECILIA VILLA MENDOZA	CC:	50895079
Edad:	59 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	SERVICIOS GENERALES		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-01 07:29:55	Fecha Atención:	2024-06-01 07:25:14
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÈCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [ ] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Pausas Activas
- [ ] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

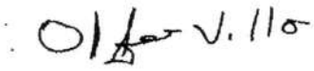
Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013212





Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0
Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: OLFA CECILIA VILLA MENDOZA
Identificacion: CC. - 50895079

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013213

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020112
Paciente:	NORBIN JOHANA VASQUEZ SILGADO	CC:	1067892442
Edad:	33 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	MOVILIDAD		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 11:46:49	Fecha Atención:	2024-05-31 08:19:41
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013214

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ

Registro M.D: 110070

Licencia S.O: 202430003182

Norbin Vasquez

Firma del Paciente: NORBIN JOHANA VASQUEZ SILGADO

Identificacion: CC. - 1067892442

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013215

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240601020136
Paciente:	NELSON ENRIQUE GUZMAN ORTEGA	CC:	78744798
Edad:	50 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	GESTOR DE MOVILIDAD		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-07 16:13:45	Fecha Atención:	2024-06-01 10:53:49
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO: CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO

OBSERVACIONES AL CONCEPTO: ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS.

ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

RECOMENDACIONES AL ENFASIS:
* ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA
* SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS
* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS
* SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [ ] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular: Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo

Visual: Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: 1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO 3. AUTO CUIDADO PERSONAL 4. HIGIENE POSTURAL 5. PAUSAS ACTIVAS 6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS 7. ADHERENCIA AL SISTEMA DE GESTIÓN SST

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013216

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: NELSON ENRIQUE GUZMAN ORTEGA

Identificacion: CC. - 78744798

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013217

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240604020152
Paciente:	NEISYS MARIA CABALLERO PATERNINA	CC:	25800508
Edad:	42 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	SERVICIOS GENERALES		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 15:35:18	Fecha Atención:	2024-06-04 14:08:59
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO: CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO

OBSERVACIONES AL CONCEPTO: ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO POR MEDICO DE SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD..

ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Auditiva:	Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013218



Neisys Caballero

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005

Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: NEISYS MARIA CABALLERO PATERNINA

Identificacion: CC. - 25800508

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013219

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240625020120
Paciente:	MAURICIO ANDRES MACHADO MURILLO	CC:	1067886805
Edad:	42 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	TECNICO EN MANTENIEMTO		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-25 16:33:26	Fecha Atención:	2024-06-25 16:30:02
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO: CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO

OBSERVACIONES AL CONCEPTO: ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIAS RELACIONADOS CON EL COVID -19

ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

RECOMENDACIONES AL ENFASIS: NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.
Auditiva:	Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral

Limitaciones o Restricciones

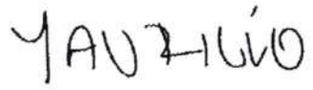
Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013220





Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005

Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: MAURICIO ANDRES MACHADO MURILLO

Identificacion: CC. - 1067886805

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013221

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240607020142
Paciente:	LUIS FELIPE RUIZ JARAMILLO	CC:	1067945566
Edad:	28 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	SUPERVISOR DE MANTENIMIENTO		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-07 11:14:25	Fecha Atención:	2024-06-07 11:01:50
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS VISIOMETRIA

LABORATORIO CLINICO

COMPLEMENTARIOS

VACUNAS

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones

0013222

suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ
Registro M.D: 110070
Licencia S.O: 202430003182

L. > Ruiz

Firma del Paciente: LUIS FELIPE RUIZ JARAMILLO
Identificacion: CC. - 1067945566

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013223

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020147
Paciente:	JOSE ANGEL TRIANA VILLADIEGO	CC:	78699906
Edad:	54 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	GUARDIAN DE MOVILIDAD		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 13:49:35	Fecha Atención:	2024-05-31 10:42:58
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR NI RESPIRATORIAS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones

0013224

suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Sandra Teran

Jose. TRIANA.V

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ
Registro M.D: 110070
Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: JOSE ANGEL TRIANA VILLADIEGO
Identificacion: CC. - 78699906

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013225

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240601020121
Paciente:	JOSE DAVID ESPITIA MARTINEZ	CC:	1067930646
Edad:	30 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	GUARDIAN DE MOVILIDAD		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-01 09:16:12	Fecha Atención:	2024-06-01 09:12:21
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD,
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	* ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

0013226

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.



Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0
Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

JOSE ESPITIA

Firma del Paciente: JOSE DAVID ESPITIA MARTINEZ
Identificacion: CC. - 1067930646

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

V013227

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020120
Paciente:	JOHON JAIRO CAUSIL CORDERO	CC:	78708264
Edad:	53 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	MOVILIDAD		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 11:49:05	Fecha Atención:	2024-05-31 08:46:25
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS | **LABORATORIO CLINICO** | **COMPLEMENTARIOS** | **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

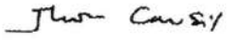
Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013228





Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005

Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: JOHON JAIRO CAUSIL CORDERO

Identificacion: CC. - 78708264

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013229

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240601020122
Paciente:	JESUS DAVID MAZA NARANJO	CC:	10776986
Edad:	41 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	GUARDIAN DE MOVILIDAD		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-01 09:17:20	Fecha Atención:	2024-06-01 09:04:29
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	BUENAS CONDICIONES GENERALES PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE, CON BUEN PATRÓN RESPIRATORIO, SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES. PHALLEN Y TINEL NEGATIVOS MOVILIDAD CERVICAL SIN ALTERACIONES LASSEGUE Y BRAGARD NEGATIVOS, HOMBROS NO DOLOROSOS, ABDUCCIONDE MSS SIN LIMITACION, EPICONDILOS SANOS, MUÑECAS SANAS NO SE PALPAN MASAS UMBILICALES ROT ++++ / ++++SIN ALTERACIONES OSTEOARTICULARES AL MOMENTO DEL EXAMEN

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013230





Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0
Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: JESUS DAVID MAZA NARANJO
Identificacion: CC. - 10776986

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013231

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240611020154
Paciente:	FERNANDO JOSE BLANQUICETH AYALA	CC:	1003431149
Edad:	23 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	GUARDIAN DE MOVILIDAD		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-11 16:16:43	Fecha Atención:	2024-06-11 16:15:21
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS, QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013232

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: FERNANDO JOSE BLANQUICETH AYALA
Identificacion: CC. - 1003431149

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013233

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	2024053102019
Paciente:	EDER FRANCISCO GONZALEZ HERRERA	CC:	6843412
Edad:	59 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	GUARDIAN DE MOVILIDAD		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 11:43:05	Fecha Atención:	2024-05-31 07:48:28
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de

0013234

consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Sandra Teran

Eder Gonzalez

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ

Registro M.D: 110070

Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: EDER FRANCISCO GONZALEZ HERRERA

Identificacion: CC. - 6843412

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013235

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	2024053102018
Paciente:	CARMEN SOFIA RIVERA ENAMORADO	CC:	1067839618
Edad:	42 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	GUARDIAN DE MOVILIDAD		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 11:41:51	Fecha Atención:	2024-05-31 07:51:29
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

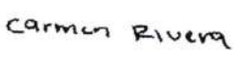
Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013236





Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: CARMEN SOFIA RIVERA ENAMORADO
Identificacion: CC. - 1067839618

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013237

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240611020128
Paciente:	CARLOS ALBERTO YEPES CARMONA	CC:	1051819505
Edad:	34 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	LOGISTICA		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-11 10:30:07	Fecha Atención:	2024-06-11 10:29:03
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013238



Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005

Licencia S.O: 00323



Firma del Paciente: CARLOS ALBERTO YEPES CARMONA

Identificacion: CC. - 1051819505

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013239

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020158
Paciente:	CARLOS ALFONSO MORELOS MEJIA	CC:	78758508
Edad:	46 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	GUARDIAN DE ESPACIO PUBLICO		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-31 11:25:28	Fecha Atención:	2024-05-31 11:23:49
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013240

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: CARLOS ALFONSO MORELOS MEJIA
Identificacion: CC. - 78758508

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013241

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020113
Paciente:	BRAYNER ANDRES GONZALEZ VILLADIEGO	CC:	1062954872
Edad:	22 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	MOVILIDAD		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 11:47:18	Fecha Atención:	2024-05-31 08:09:48
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013242

Sandra Teran

Daniela Ruiz.

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ

Registro M.D: 110070

Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: BRAYNER ANDRES GONZALEZ VILLADIEGO

Identificacion: CC. - 1062954872

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013243

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020110
Paciente:	ARQUIMEDES JOSE MENDEZ QUINTERO	CC:	10785350
Edad:	57 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	MOVILIDAD		
Orígen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-04 11:44:38	Fecha Atención:	2024-05-31 07:59:05
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones

0013244

suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ

Registro M.D: 110070

Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: ARQUIMEDES JOSE MENDEZ QUINTERO

Identificacion: CC. - 10785350

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013245

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240611020126
Paciente:	ALONSO JOSE MORENO PITALUA	CC:	1067941559
Edad:	28 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	LOGISTICA		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-11 10:13:53	Fecha Atención:	2024-06-11 10:12:37
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPÍRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013246



ALONSO M

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005

Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: ALONSO JOSE MORENO PITALUA

Identificacion: CC. - 1067941559

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013247

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240601020137
Paciente:	ALDAIN BENITEZ TEHERAN	CC:	1003395665
Edad:	22 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	GUARDIAN DE ESPACIO PUBLICO		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-01 11:05:53	Fecha Atención:	2024-06-01 11:02:31
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS | **LABORATORIO CLINICO** | **COMPLEMENTARIOS** | **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013248

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ
Registro M.D: 110070
Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: ALDAIN BENITEZ TEHERAN
Identificacion: CC. - 1003395665

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013249

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240607020143
Paciente:	OSCAR PICO VARGAS	CC:	78691824
Edad:	58 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	TECNICO		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-07 11:14:41	Fecha Atención:	2024-06-07 11:09:10
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS | **LABORATORIO CLINICO** | **COMPLEMENTARIOS** | **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES * ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA * SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS * SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013250

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ
Registro M.D: 110070
Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: OSCAR PICO VARGAS
Identificacion: CC. - 78691824

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013251

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240605020162
Paciente:	NESTOR RAFAEL OLIER GONZALEZ	CC:	10934342
Edad:	47 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	MANTENIMIENTO ELECTRICO		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-05 15:18:08	Fecha Atención:	2024-06-05 15:13:30
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO: CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO

OBSERVACIONES AL CONCEPTO: ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO POR MEDICO DE SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD..

ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Auditiva:	Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013252



Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005

Licencia S.O: 00323



Firma del Paciente: NESTOR RAFAEL OLIER GONZALEZ

Identificacion: CC. - 10934342

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013253

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	2024121002018
Paciente:	MIGUEL VICENTE AYALA CAMPILLO	CC:	6889414
Edad:	62 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	CONDUCTOR		
Origen:	SU PERSONAL E.S.T LTDA	Destino:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Fecha Salida:	2024-12-10 08:19:33	Fecha Atención:	2024-12-10 08:15:01
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS | **LABORATORIO CLINICO** | **COMPLEMENTARIOS** | **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO MEDICO POR SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPÍRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013254

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: MIGUEL VICENTE AYALA CAMPILLO
Identificacion: CC. - 6889414

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013255

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240606020130
Paciente:	EBERTO JOSE ARRIETA GUERRA	CC:	78767349
Edad:	47 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	TECNICO EN PLOMERIA		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-06 10:09:26	Fecha Atención:	2024-06-06 09:51:04
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS | **LABORATORIO CLINICO** | **COMPLEMENTARIOS** | **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013256



Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323



Firma del Paciente: EBERTO JOSE ARRIETA GUERRA
Identificacion: CC. - 78767349

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013257

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240605020177
Paciente:	CARLOS RUBEN SEVILLA BRAVO	CC:	71578292
Edad:	65 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	MANTENIMIENTO		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-05 16:49:01	Fecha Atención:	2024-06-05 16:44:24
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS VISIOMETRIA

LABORATORIO CLINICO

COMPLEMENTARIOS

VACUNAS

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO: CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO

OBSERVACIONES AL CONCEPTO: ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA GENERAL PARA SEGUIMIENTO POR MEDICO DE SU EPS Y CON PATOLOGIA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE DEBE CORREGIR CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD..

ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular: Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo

Visual: Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013258

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA

Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: CARLOS RUBEN SEVILLA BRAVO
Identificacion: CC. - 71578292

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013259

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020149
Paciente:	ALEJANDRO ALCALA GOMEZ	CC:	1003430412
Edad:	24 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	DIGITADOR SISBEN		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-31 10:38:07	Fecha Atención:	2024-05-31 10:36:22
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	SIN PATOLOGIA APARENTE PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO SANO SIN PATOLOGIA APARENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD, SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013260

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: ALEJANDRO ALCALA GOMEZ
Identificacion: CC. - 1003430412

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013261

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240601020143
Paciente:	YERALDIN LORENA BUELVAS RUGE	CC:	1067932036
Edad:	29 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	DIGITADORA		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-01 11:49:08	Fecha Atención:	2024-06-01 11:45:31
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO: CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO

OBSERVACIONES AL CONCEPTO: ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS.

ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

RECOMENDACIONES AL ENFASIS: NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, CON RECOMENDACIONES SIN RESTRICCIONES
* ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA
* SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS
* SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN
HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular: Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo

Visual: Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013262

Sandra Teran

Profesional Ocupacional: SANDRA MARCELA TERAN DE LA HOZ

Registro M.D: 110070

Licencia S.O: 202430003182

Firma del Paciente: YERALDIN LORENA BUELVAS RUGE

Identificacion: CC. - 1067932036

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013263

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240531020197
Paciente:	YANIRYS JIMENEZ SEPULVEDA	CC:	25785624
Edad:	39 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	DIGITADORA		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-05-31 16:29:09	Fecha Atención:	2024-05-31 15:45:03
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO: CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO

OBSERVACIONES AL CONCEPTO: ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS.

ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

RECOMENDACIONES AL ENFASIS: BUENAS CONDICIONES GENERALES

PACIENTE ALERTA, CONCIENTE, TOLERANDO OXIGENO AMBIENTE, CON BUEN PATRÓN RESPIRATORIO, SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARÁMETROS NORMALES.
PHALLEN Y TINEL NEGATIVOS MOVILIDAD CERVICAL SIN ALTERACIONES
LASSEGUE Y BRAGARD NEGATIVOS, HOMBROS NO DOLOROSOS, ABDUCCIONDE MSS SIN LIMITACION, EPICONDILOS SANOS, MUÑECAS SANAS NO SE PALPAN MASAS UMBILICALES
ROT ++++ / ++++SIN ALTERACIONES OSTEOARTICULARES AL MOMENTO DEL EXAMEN

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [ ] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular: Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo

Visual: Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013264



Yanirs Jimenez S

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0
Registro M.D: 27523
Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: YANIRYS JIMENEZ SEPULVEDA
Identificacion: CC. - 25785624

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013265

FUNDACION CERTIFICAR

Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240606020117
Paciente:	RUBIELA BRU RICARDO	CC:	50923731
Edad:	45 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	DIGITADORA		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-06 08:34:20	Fecha Atención:	2024-06-06 08:32:28
Sede:	PRINCIPAL		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS. SIN DEFICIT CARDIOVASCULAR, NI RESPIRATORIO, SIN LIMITACIONES EN ARCOS DE MOVILIDAD.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	REALIZADO
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES

Recomendaciones Generales

☒ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☒ Pausas Activas	☒ Uso de E.P.I.	
☒ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013266

Profesional Ocupacional: ABEL JOSE OLMOS ARDILA
Registro M.D: 9782005
Licencia S.O: 00323

Firma del Paciente: RUBIELA BRU RICARDO
Identificacion: CC. - 50923731

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013267

FUNDACION CERTIFICAR
Prestador: 230010172301
No. Identificación 900754805-2
Dirección: CALLE 25 Nro 10 - 27
Telefono: 7953219-3013716603
Email: CERTIFICARSST@GMAIL.COM

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2024/12/28	Nro Ingreso:	20240601020138
Paciente:	KAROL JOHANA BARRERA ZURITA	CC:	1003407301
Edad:	24 años	Nombre Cliente:	SU PERSONAL E.S.T LTDA
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	DIGITADORA		
Origen:	ALCALDIA DE MONTERIA	Destino:	ALCALDIA DE MONTERIA
Fecha Salida:	2024-06-07 16:13:01	Fecha Atención:	2024-06-01 11:01:50
Sede:	PRINCIPAL		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

VISIOMETRIA

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO: CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR PARA EL CARGO

OBSERVACIONES AL CONCEPTO: ADULTO QUE PUEDE DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGÍA VISUAL QUE NO LIMITA SUS FUNCIONES DIARIAS Y QUE CORRIGE CON GAFAS.

ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: REALIZADO

RECOMENDACIONES AL ENFASIS: EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS
* REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS
* SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN
HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [ ] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular: Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo

Visual: Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: 1. SEGUIR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE 2. REALIZAR EJERCICIO DIARIO 3. AUTO CUIDADO PERSONAL 4. HIGIENE POSTURAL 5. PAUSAS ACTIVAS 6. UTILIZAR ADECUADAMENTE LOS EPP ASIGNADOS 7. ADHERENCIA AL SISTEMA DE GESTIÓN SST

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de FUNDACION CERTIFICAR. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

0013268

Karol Barrera

Profesional Ocupacional: MIRTHA XIMENA CAUSIL BUELVAS 0

Registro M.D: 27523

Licencia S.O: 2251

Firma del Paciente: KAROL JOHANA BARRERA ZURITA

Identificacion: CC. - 1003407301

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

0013269